

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“PREVALENCIA DE TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA 2016”.

Trabajo de titulación previo a la
obtención del Título de Psicólogo
Clínico

AUTORES:

Luis Miguel León Rodas

C.I. 0105051767

Paúl Andrés Piedra Vázquez

C.I. 0105162960

DIRECTOR:

Mgst. Felipe Adriano Abril Mogrovejo

C.I. 0103418463

CUENCA – ECUADOR

2017



Resumen

La presente investigación tuvo como propósito fundamental determinar la prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias que acudieron al Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho – Centro de Reposo y Adicciones (CRA) entre los meses de Abril a Diciembre del 2016. Se realizó una investigación transversal – descriptiva con un enfoque cuantitativo, para lo cual se aplicó la entrevista diagnóstica estructurada MINI (mini international neuropsychiatric interview), que se encarga de explorar los principales diagnósticos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV, así como de la CIE 10. Este estudio se realizó con 133 participantes, en su mayoría de sexo masculino, quienes asistieron al CRA en la modalidad de internamiento, consulta externa y/o grupo de apoyo Fénix. Los resultados obtenidos mostraron que en los pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias existe una prevalencia del Trastorno de Angustia y la Agorafobia.

Palabras clave: Trastornos de Ansiedad, Trastorno por Consumo de Sustancias, Trastorno de Angustia, Agorafobia.



Abstract

This investigation had as a fundamental purpose to determine the prevalence of types of Anxiety Disorders in patients with Substance Use Disorder who went to Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho– Centro de Reposo y Adicciones (CRA) between April and December of 2016. It was performed a transversal - descriptive research with a quantitative approach, for which was applied the structured diagnostic interview MINI (mini international neuropsychiatric interview), which is used for exploring the main psychiatric diagnoses of the DSM - IV as well as the CIE 10. This study was realized out with 133 participants, most of them male, who attended to CRA in the form of internment, external consultation and/or support group Fénix. The results obtained show that patients with Substance Use Disorder have a prevalence of Panic Disorder and Agoraphobia.

Key words: Anxiety Disorders, Substance Use Disorder, Panic Disorder, Agoraphobia.



Índice

| | |
|---|----|
| Cláusula de Responsabilidad..... | 5 |
| Cláusula de Propiedad Intelectual | 7 |
| Agradecimiento | 9 |
| Dedicatoria | 10 |
| Introducción | 11 |
| Metodología | 13 |
| Resultados | 15 |
| Características Sociodemográficas..... | 15 |
| Sexo..... | 15 |
| Edad..... | 15 |
| Escolaridad..... | 16 |
| Estado Civil..... | 16 |
| Situación Laboral..... | 17 |
| Trastornos de Ansiedad..... | 18 |
| Trastorno de Ansiedad Generalizada..... | 18 |
| Trastorno de Angustia de por Vida..... | 18 |
| Crisis Actual con Síntomas Limitados..... | 19 |
| Trastorno de Angustia Actual..... | 20 |
| Agorafobia..... | 20 |
| Tipo de Agorafobia..... | 21 |
| Fobia Social..... | 22 |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo..... | 22 |
| Trastorno por Estrés Postraumático..... | 23 |
| Discusión..... | 24 |
| Conclusiones | 27 |
| Referencias Bibliográficas | 29 |
| Anexos..... | 32 |



Cláusula de Responsabilidad



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Luis Miguel León Rodas, autor del Trabajo de Titulación **"Prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, Cuenca 2016"**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 11 de Mayo de 2017

Luis Miguel León Rodas

C.I: 0105051767



Cláusula de Responsabilidad



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Paúl Andrés Piedra Vázquez, autor del Trabajo de Titulación "**Prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, Cuenca 2016**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicólogo Clínico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 11 de Mayo de 2017

Paúl Andrés Piedra Vázquez

C.I: 0105162960



Cláusula de Propiedad Intelectual



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Luis Miguel León Rodas, autor del Trabajo de Titulación **"Prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, Cuenca 2016"** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 11 de Mayo de 2017

Luis Miguel León Rodas

C.I: 0105051767



Cláusula de Propiedad Intelectual



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Paúl Andrés Piedra Vázquez, autor del Trabajo de Titulación **"Prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias, Cuenca 2016"** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 11 de Mayo de 2017

Paúl Andrés Piedra Vázquez

C.I: 0105162960



Agradecimiento

Queremos agradecer primeramente a la facultad de psicología y sus docentes que durante los últimos cinco años han sabido encaminarnos de la mejor manera para formarnos tanto en el ámbito profesional como el humano.

Al Mgst. Felipe Abril que desde el primer día nos ha brindado su dedicación y tiempo para la culminación de este estudio. Al Dr. José Ordoñez Mancheno por hacernos partícipes de esta investigación, por sus valiosos consejos y fundamental guía, siendo pieza indispensable en la consecución de nuestra formación académica.

Al Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones, y a su director Dr. Saúl Pacurucu por la experiencia y el conocimiento adquirido a lo largo de las prácticas pre profesionales, así como las facilidades prestadas para el cumplimiento de esta investigación.

A nuestras familias y amigos por su constante apoyo, preocupación y motivación.

Luis Miguel León

Paúl Piedra



Dedicatoria

Quisiera dedicar este trabajo a mi padre Marcelo por regalarme una vida extraordinaria, a mi madre Lourdes por ser la mejor representación de esfuerzo y amor, juntos me han permitido vivir a plenitud la mejor etapa de mi vida. A mis hermanos Raúl, Diana y Alex por ser mi apoyo en los buenos y malos momentos, me han enseñado a entender el valor de la unidad y el gran significado de la familia. A todos los amigos y amigas a los que he podido acercarme y conocer durante los años de universidad, sin duda esta experiencia no hubiese sido la misma sin ustedes. A mis mejores amigos: Erick, Paúl, Sebastián, Pedro y María Auxiliadora por ser una constante alegría durante cada paso y decisión realizada en este camino. En mi corazón y memoria quedará cada día vivido de esta pequeña etapa.

Luis Miguel León

Quiero dedicar este logro a mis padres Juan y Janeth, quienes han sido las personas más importantes a lo largo de mi vida personal y académica, quienes nunca han dudado de mi compromiso profesional y quienes han seguido conmigo en “pie de lucha” a pesar de todas las adversidades presentadas. Realmente no quiero que se me escape ningún nombre, así que esto es para todos aquellos quienes confiaron en mi desde un principio, quienes han estado apoyándome durante todo este tiempo y quienes me han tenido paciencia. Por último y no menos importante, a mis queridos “Chinos”, quienes han sido partícipes de esta experiencia y han auspiciado varias de mis “desveladas académicas”.

Paúl Piedra



Introducción

En la actualidad los trastornos de ansiedad y patologías relacionadas con el consumo de sustancias han generado gran interés en el ámbito académico de la Psicología Clínica; en consecuencia, se han incrementado las investigaciones de carácter científico, con la finalidad de conocer de manera más profunda la comorbilidad entre dichas enfermedades.

Los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) traen consigo una variedad de secuelas individuales y sociales incluida la superposición de los trastornos psiquiátricos, lo cual complica la intervención y el manejo clínico en el campo de las adicciones (Ordóñez, 2017). Por lo tanto, la presencia de un trastorno psiquiátrico adicional, hace que el riesgo de la enfermedad incremente, empeorando el pronóstico y la evolución de la misma.

En este sentido, Souza y Machorro (2008) señalan que los trastornos de ansiedad y su variedad de manifestaciones corresponden a las enfermedades psiquiátricas más frecuentes, junto con el Trastorno Depresivo y los Trastornos de personalidad que están comúnmente asociados a la patología adictiva.

La ansiedad provoca un mayor o menor grado de malestar, fruto de esa amenaza que el sujeto no puede afrontar con éxito. La percepción que tenemos de este malestar se traduce en pensamientos negativos, percepción de alta activación fisiológica, etc. Algunas respuestas consumatorias (comer, fumar, beber) pueden reducir este malestar... (Cano-Vindel, Miguel-Tobal y González, 1994).

Las investigaciones han demostrado un alto patrón de incidencia en cuanto a la relación entre los distintos tipos de ansiedad y las patologías por consumo de sustancias. Por ejemplo, al centrarse en la concordancia entre los Trastornos de Ansiedad y el alcoholismo, autores como Mustaca y Kamenetzky (2006), resaltan que ésta presenta ciertas características bidireccionales, señalando que entre el 15% y el 33% de los pacientes con Trastornos de Ansiedad presentan altos patrones de ingesta de alcohol. Otras investigaciones han permitido conocer que entre el 23% y el 69% de las personas con trastornos de adicción al alcohol padecen síntomas de ansiedad. Esta variabilidad depende del sexo, edad, o tiempo de adicción alcohólica (Valderrama Zurián y Manzanaro, 2001).

Las investigaciones sobre esta temática también permiten conocer cuáles son los tipos de ansiedad que llegan a presentarse con mayor frecuencia. Jurado y Jiménez- López (2014) sugieren que ciertos sujetos que presentan ansiedad social clínicamente significativa e incluso ansiedad social subclínica, evidencian una tendencia superior de problemas relacionados con el consumo de alcohol, en comparación a la población general. Al respecto, Mullaney y



Trippett (1979), señalan que un tercio de la población alcohólica ha llegado a presentar trastornos de agorafobia o fobia social.

Amies, Gelder y Shaw (1983), dan cuenta de que las personas con alta ansiedad social consumen cantidades excesivas de alcohol. Estos datos no indican una relación causal entre ansiedad social y abuso de alcohol, pero se resalta la necesidad de evaluar ambos problemas debido a que existe una tendencia a usar el alcohol u otras drogas para afrontar este tipo de situaciones que les generan ansiedad.

Thomas et al (2008), analizan una relación entre fobia social y uso de alcohol utilizando una población que se encontraba recibiendo tratamiento para el abuso de sustancias. En concordancia con esto, han llegado a estimar que la proporción de personas que consumen alcohol entre los fóbicos sociales, es mayor que la observada en otros trastornos de ansiedad (Botella, Baños y Perpiña, 2003).

Por lo antes expuesto, la presente investigación pretende aportar al conocimiento de la temática expuesta con los sustentos científicos necesarios, así como, ampliar el panorama y la importancia de la comorbilidad diagnóstica identificando de esta manera los subtipos de Trastornos de Ansiedad más prevalentes en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias en nuestro contexto.



Metodología

El presente trabajo de investigación, aborda la pregunta central ¿Cuál es el subtipo de Trastorno de Ansiedad más prevalente en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias que acuden al Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de Reposo y Adicciones de la ciudad de Cuenca?

Siendo el objetivo general del estudio: Determinar la prevalencia de tipos de Trastornos de Ansiedad en pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias que acuden al Centro de Reposo y Adicciones. Con la finalidad de complementar aquello se propuso un objetivo específico: Describir la frecuencia y porcentaje de cada subtipo de trastorno de ansiedad: Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Tipo de diseño de investigación: El presente estudio fue de tipo transversal y descriptivo con un enfoque cuantitativo. Se tomó como universo de estudio a las personas que acudieron al Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca; se aplicaron cuestionarios a la totalidad de la población que asistió entre los meses de Abril a Diciembre del 2016 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Como criterios de inclusión, se tomó a aquellas personas con una edad de entre 18 a 65 años, quienes cumplieron con un diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias (abuso o dependencia) de una o múltiples sustancias (alcohol y/o drogas), que acuden al CRA, ya sea en la modalidad de internamiento, consulta externa y/o grupo de apoyo “Fénix”. Por último, los pacientes deben haber pasado la fase de desintoxicación, es decir, 4 semanas o 28 días de abstinencia. Por otra parte, los criterios de exclusión plantean que no son parte del estudio aquellas personas que no firmen el consentimiento informado, pacientes con cuadros clínicos que afecten sus funciones mentales superiores (síndrome confusional, demencia y otros trastornos cognitivos) y pacientes que se encuentren intoxicados o que atraviesen un evidente síndrome de abstinencia.

La recolección de datos necesarios para el proyecto está basada en una medición de variables estadísticas, respetando todos los aspectos éticos necesarios, por tal motivo los pacientes seleccionados fueron debidamente informados acerca de los objetivos del estudio y su garantía de anonimato, motivo por el cual los datos obtenidos son confidenciales y de único acceso al investigador, siendo así los nombres de los participantes no serán mencionados en ninguna parte del estudio o publicación.



El instrumento que sirvió para la recolección de datos fue la entrevista diagnóstica estructurada MINI (mini international neuropsychiatric interview), la misma que cumple con la facilidad de explorar los principales diagnósticos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV así como de la CIE 10, la cual fue desarrollada y estructurada por la Organización Mundial de la Salud. El tiempo empleado para la aplicación de este instrumento responde a una máxima de 18,7 minutos y una mínima de 11,6 minutos, brindando así una media de 15 minutos. El instrumento se encuentra validado y con uso frecuente en nuestro medio.

Se utilizó el programa SPSS V15.0 para realizar el análisis y procesamiento estadístico de los resultados obtenidos y se sirvió del software Microsoft Office Excel 2010 para realizar la representación gráfica de los mismos.

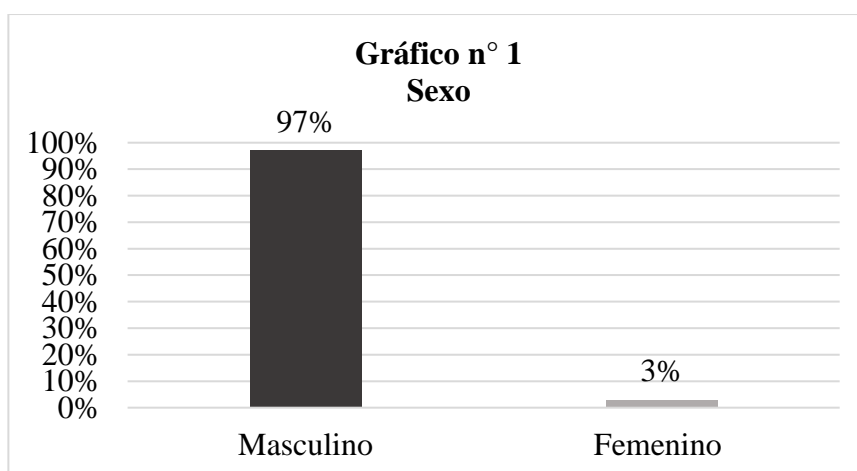
Finalmente, hay que recalcar que la presente investigación constituye un subtema del estudio titulado “Prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca 2016”, previa a la obtención del Título de Magíster en Investigación de Salud realizado por el Dr. José Ordóñez Mancheno, autor que ha dirigido la recolección y uso de los datos con la finalidad de que la información enriquezca la investigación propuesta.

Resultados

Características Sociodemográficas

Sexo.

En el Gráfico n° 1, se observa que la mayoría de participantes corresponden al sexo masculino abarcando el 97%, mientras que solo un 3% son de sexo femenino.

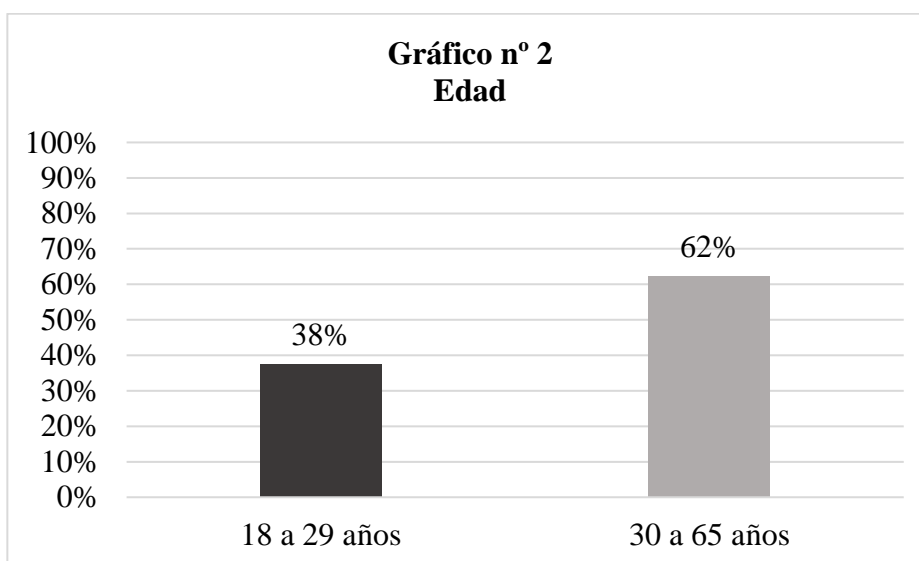


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Edad.

Otra de las características sociodemográficas importantes, es la edad de la población seleccionada. En el Gráfico n° 2, se puede apreciar que el 62% de los participantes están en un rango de edad de entre 30 a 65 años, frente a un 38% de jóvenes de entre 18 a 29 años de edad.

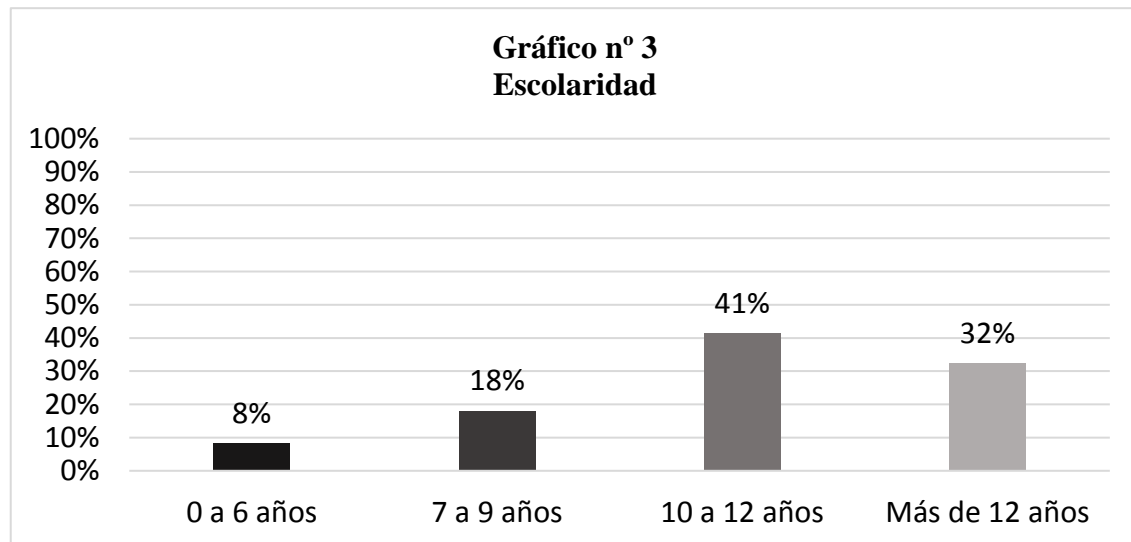


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Escolaridad.

En lo que respecta a la escolaridad sus resultados se pueden apreciar en el Gráfico n° 3, la categoría de 10 a 12 años se presenta como la más prevalente con el 41%, seguido de ésta se encuentra el grupo de más de 12 años con el 32%. Por último, quienes cursaron de 7 a 9 años representan un 18% y de 0 a 6 años con un 8%.

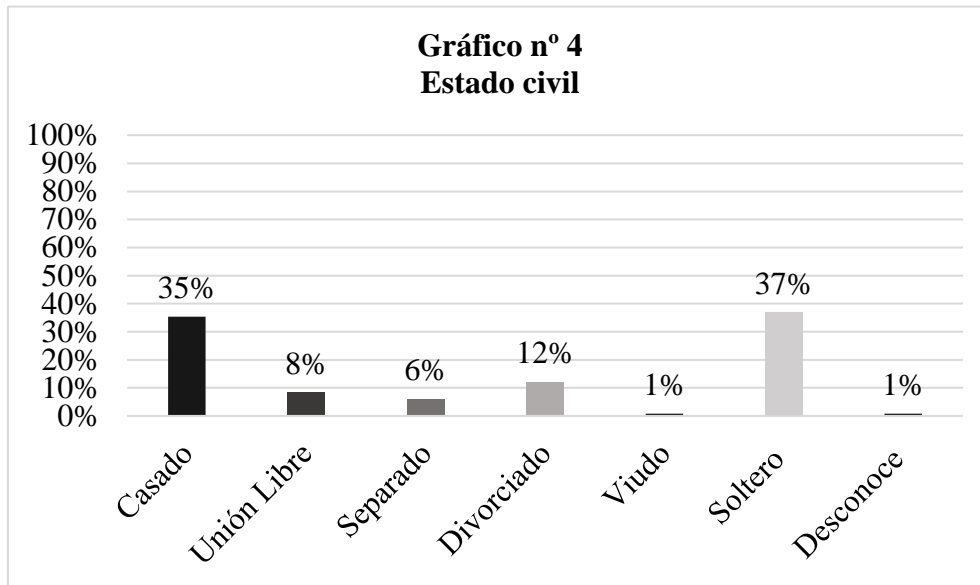


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Estado Civil.

En el Gráfico n° 4 se observa que el estado civil predominante corresponde a soltero (37%) y casado (35%). Por su parte, ocupa un menor porcentaje los estados civiles de divorciado (12%), unión libre (8%), separado (6%), viudo (1%); y desconoce (1%).

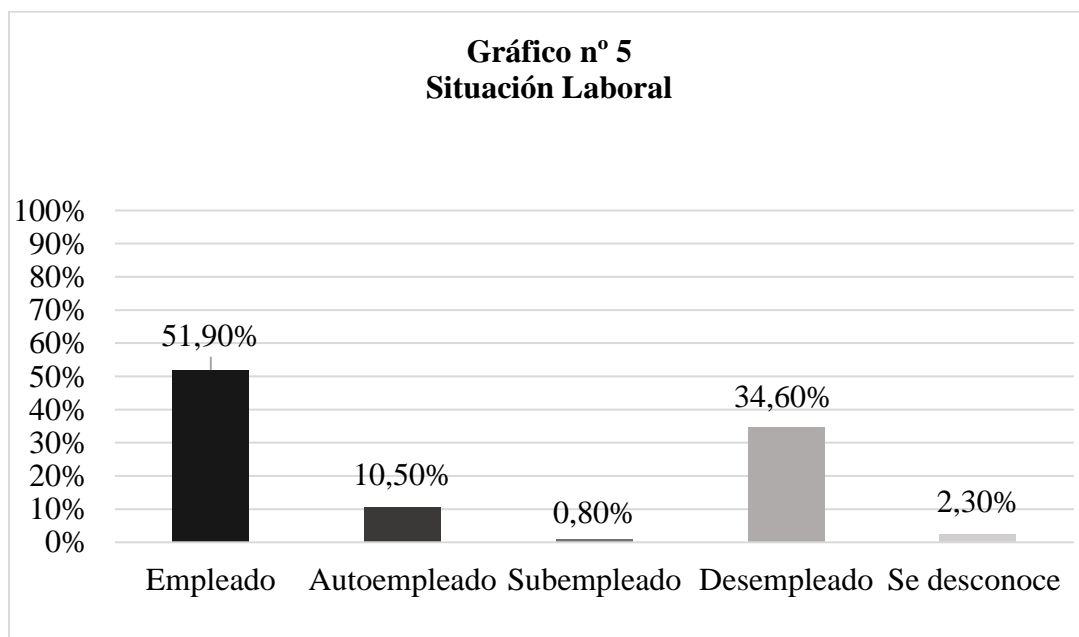


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Situación Laboral.

Por último, se pudo apreciar en el Gráfico n° 5 que la categoría empleado se ubica como la predominante con el 51,9%, seguido de desempleado con el 34,60%. En una menor proporción se encuentran las categorías de autoempleado con el 10,50%, subempleado con el 0,80% y finalmente la categoría de se desconoce con el 2,30%.



Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

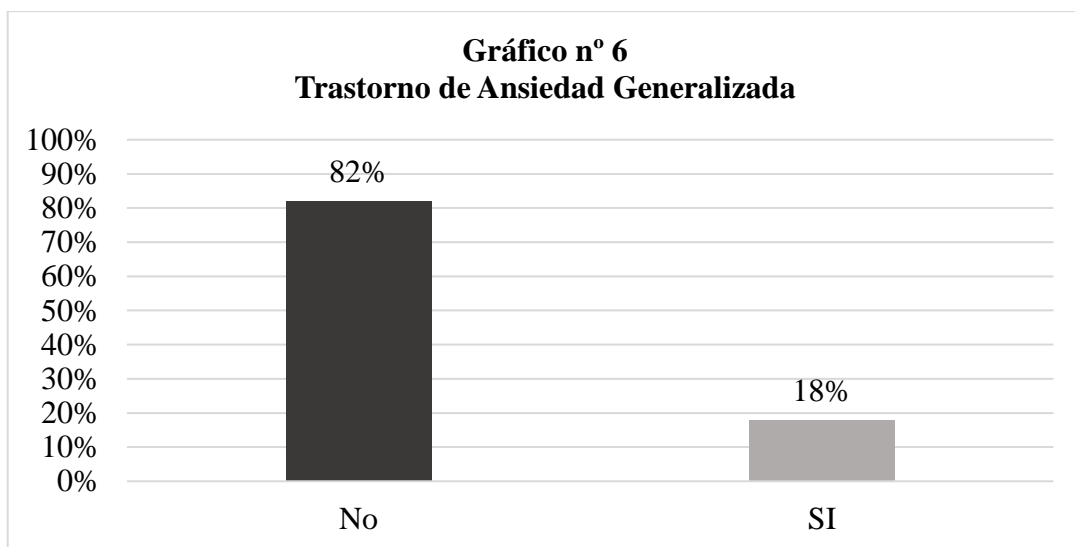
Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Trastornos de Ansiedad

A continuación, se presentan los resultados estadísticos que se obtuvieron en cuanto a los diversos tipos de Trastornos de Ansiedad. Cada trastorno presenta una breve descripción de sus características clínicas para una mayor comprensión de la comorbilidad entre las patologías.

Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Este trastorno se caracteriza primordialmente por la presencia de preocupaciones que son de carácter excesivo y persistente, las cuales se mantienen durante al menos seis meses. Los resultados referentes a este tipo de trastorno se encuentran en el Gráfico n° 6, en el que se puede observar que el 18% de la muestra cumple con los criterios diagnósticos para el mismo.

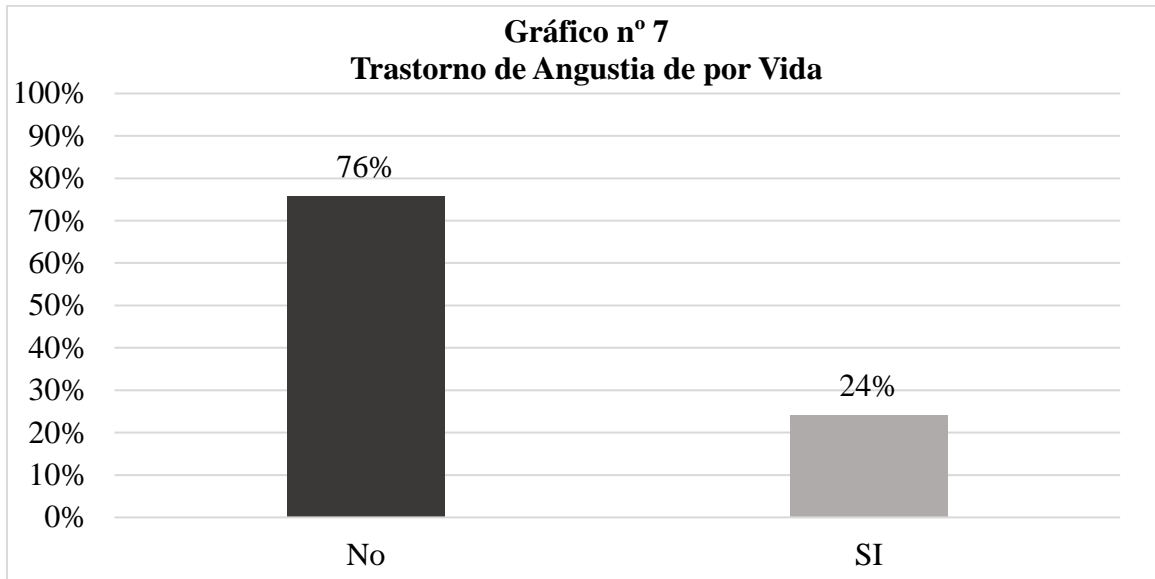


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Trastorno de Angustia de por Vida.

Este trastorno se caracteriza por la aparición repentina de aprensión, miedo o terror, acompañado de sensación de muerte inminente. En el Gráfico n° 7, se puede apreciar que el grupo poblacional que presentó las características clínicas de este trastorno corresponde al 24%.

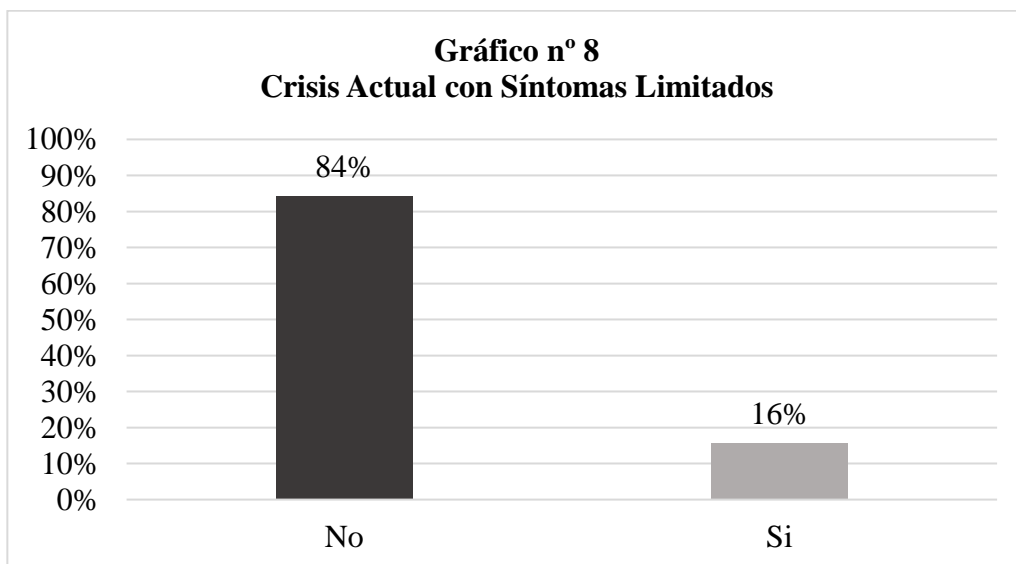


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Crisis Actual con Síntomas Limitados.

En lo que concierne a este trastorno, se puede evidenciar que un 16% de la población padece este subtipo de trastorno. Lo mencionado anteriormente se encuentra representado en el Gráfico n° 8.

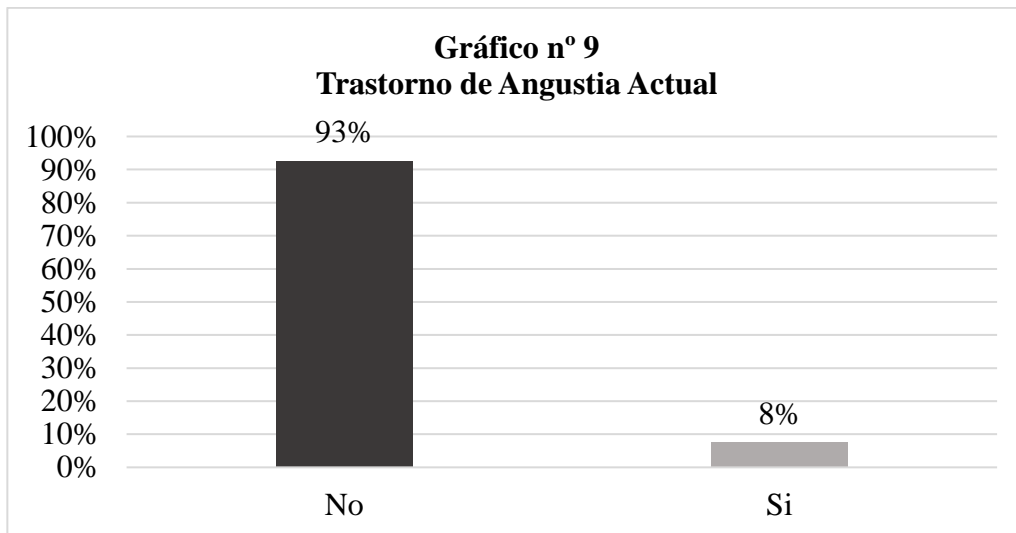


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Trastorno de Angustia Actual.

Los resultados obtenidos han permitido revelar que el 8% de la población presentan los criterios para un Trastorno de Angustia Actual. En el Gráfico n° 9, se expone la proporcionalidad en la que se encuentra esta patología.

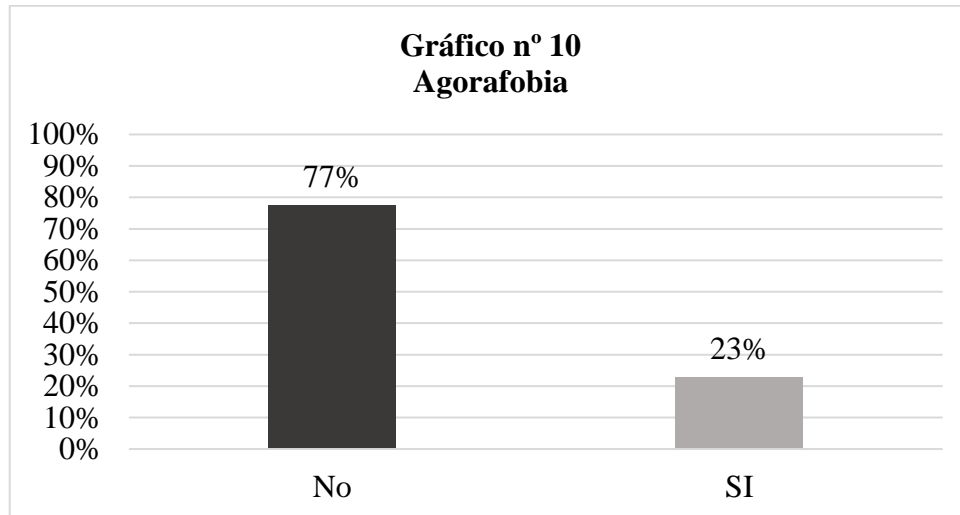


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Agorafobia.

La agorafobia se caracteriza por la presencia de ansiedad o comportamientos de evitación en situaciones donde escapar puede significar una dificultad considerable o a su vez, tornarse embarazoso para la persona que lo padezca. Los resultados de este subtipo de trastorno se visualizan en el Gráfico n° 10, en el cual se puede distinguir que el 23% de los participantes han cumplido con los criterios para ésta patología.

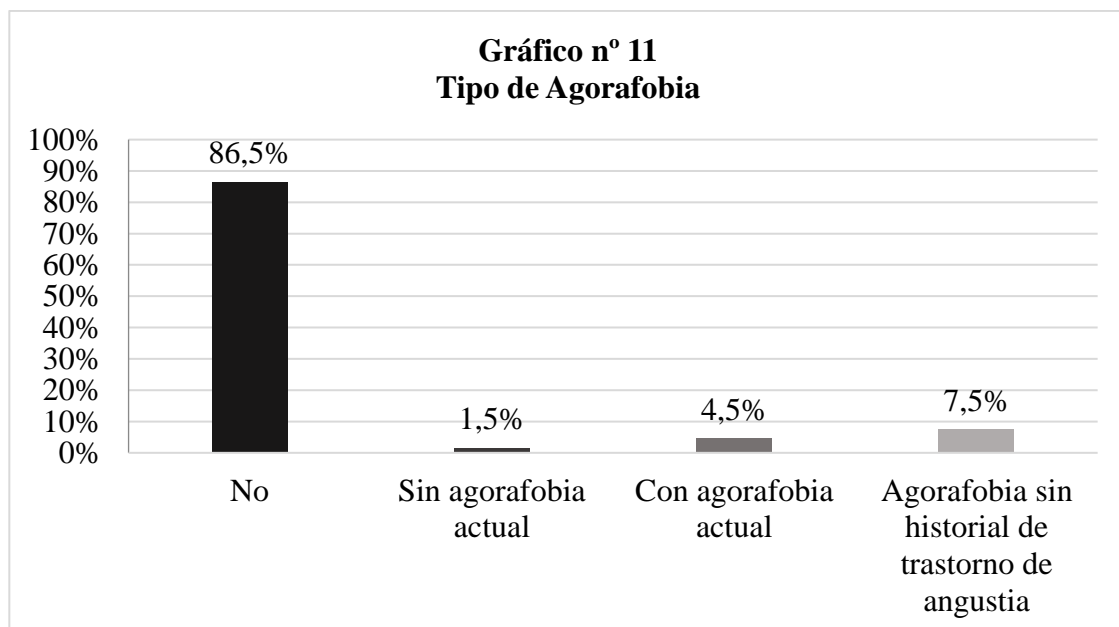


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Tipo de Agorafobia.

Al profundizar sobre los tipos de Agorafobia se puede distinguir que la Agorafobia sin Historia de Trastorno de Angustia en este estudio se presenta en un 7,5%, mientras que el tipo de Agorafobia Actual está en un 4,5%. Por otra parte, el subtipo sin Agorafobia Actual representa únicamente un 1,5% de la población. Estos datos son expuestos en el Gráfico n° 11.

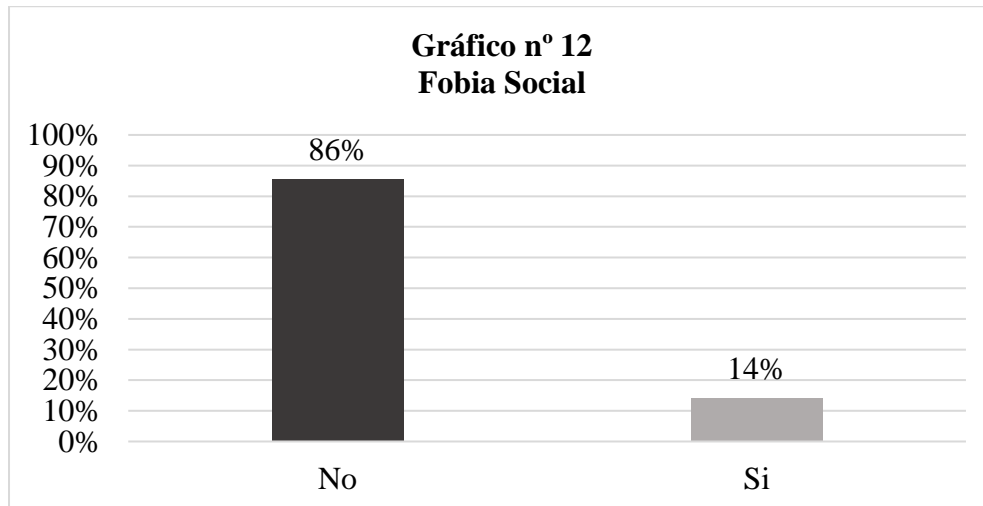


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Fobia Social.

Por su parte, la Fobia Social está caracterizada por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a diferentes situaciones sociales o desenvolvimiento en público de la propia persona, lo que usualmente da lugar a comportamientos de evitación. En este sentido, el 14% de la población investigada posee dicha patología siendo evidenciado en el Gráfico n° 12.

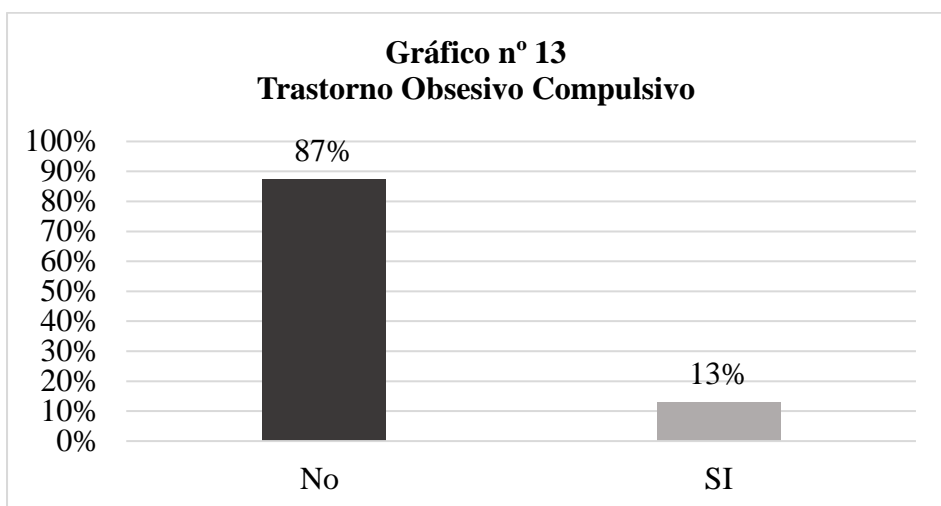


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Este tipo de trastorno se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, ideas o imágenes recurrentes) que perturban el pensamiento y provocan un malestar clínicamente significativo y/o compulsiones (comportamientos o acciones) cuyo propósito es neutralizar la ansiedad provocada. Los resultados de este trastorno se encuentran expuestos en el Gráfico n° 13, el cual indica que se presenta en un 13% de los sujetos evaluados.

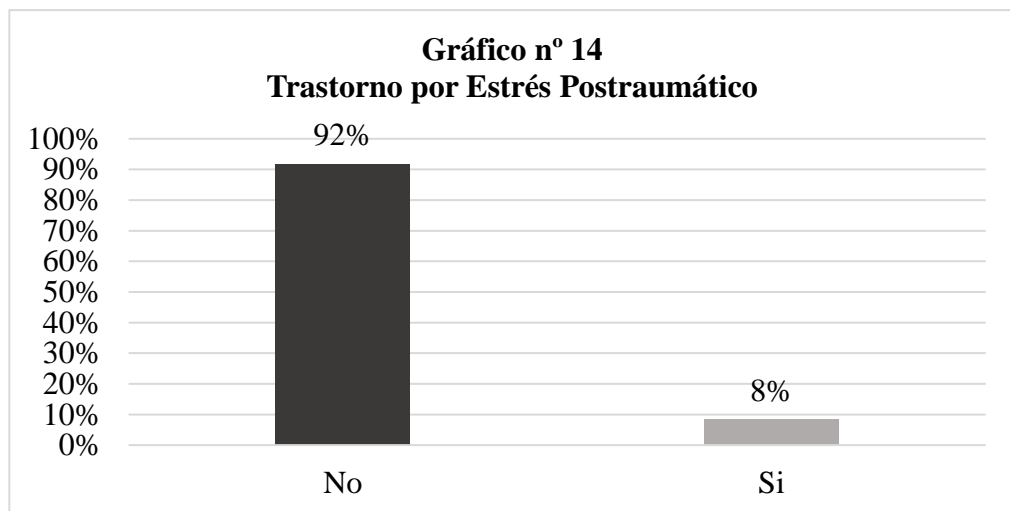


Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.

Trastorno por Estrés Postraumático.

Finalmente, el Trastorno por Estrés Postraumático está caracterizado por la reexperimentación de acontecimientos sumamente traumáticos, asociado a comportamientos de evitación de estímulos relacionados con el trauma. Al apreciar los resultados del Gráfico n° 14, se determina que únicamente el 8% de los participantes responden afirmativamente a las evaluaciones de esta patología.



Fuente: Cuestionario MINI aplicado a pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Elaboración: Luis Miguel León, Paul Piedra.



Discusión

En 133 pacientes con diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias, se ha encontrado que existe una prevalencia del Trastorno de Angustia (TA) y de Agorafobia con el 24% y 23% respectivamente.

Ante estos datos es relevante mencionar que en la Universidad de Oviedo, España; se realizó un estudio en 149 internos en una penitenciaría en el que Casares et al (2010), empleando la entrevista MINI, encontraron que el 9.5% de los participantes padecían de un TA y el 20.7% de Agorafobia, lo cual es corroborado por la presente investigación, ya que los resultados muestran una semejanza estadísticamente significativa.

En otro estudio realizado en un Instituto de Adicciones en Madrid, España; se realizó una investigación en 837 sujetos provenientes de centros de internamientos, en el cual se usó la entrevista MINI para la valoración de los diferentes trastornos, en donde Arias et al (2013) encontraron que el 29.2% de los participantes padecían un Trastorno de Angustia (correspondiendo al más prevalente de los Trastornos de Ansiedad) y que el 14.01% presentaban Agorafobia. Es evidente que los resultados porcentuales en cuanto al TA son similares en comparación a nuestro estudio; tal similitud trasciende al consolidarse como el Trastorno de Ansiedad más prevalente.

Por otra parte, en una investigación desarrollada en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, México; Acuña et al (2016), llevaron a cabo un estudio en 400 personas de una zona rural, sirviéndose de la herramienta MINI para determinar la relación del consumo de alcohol y otros trastornos psiquiátricos. En el mismo encontraron que dentro de la población masculina, el 51.5% cumplieron con los criterios para la Agorafobia siendo el segundo Trastorno de Ansiedad más prevalente. Si bien es notoria la diferencia entre los porcentajes encontrados con el presente estudio, es importante resaltar que de igual manera se consolida como el segundo subtipo de ansiedad más prevalente.

También es importante mencionar que en un Instituto de Psiquiatría en México se emprendió una investigación con 346 participantes provenientes de centros residenciales de adicciones, en el que Marín-Navarrete et al (2013) utilizaron la herramienta diagnóstica compuesta (CIDI) para determinar la comorbilidad de trastornos. En el mismo encontraron que el 3.47% de la población estudiada padecía de un Trastorno de Angustia, mientras que el 1.73% de Agorafobia. Es indiscutible que tales porcentajes son claramente distintos a los encontrados en nuestro estudio, existiendo diferencias estadísticas marcadamente grandes.



Bados (2015) expone que el consumo de alcohol, fármacos y otro tipo de drogas tiende a generar una prevalencia de la Agorafobia sobre el Trastorno de Pánico en la población masculina. Larrañaga (2006) por su parte, señala que en el 36% de la población con Trastorno por Consumo de Sustancias prevalece el Trastorno de Pánico. Como se puede apreciar, estos resultados se asemejan a los presentados en esta investigación demostrando nuevamente la prevalencia de estos subtipos de ansiedad.

Al respecto, diversos estudios sostienen que la prevalencia de los diferentes subtipos de Trastornos de Ansiedad depende del tipo de sustancia consumida. Así Iurtia, Caballo y Ovejero (2009) reportan que en los sujetos dependientes al alcohol destaca la Agorafobia, sin embargo Helzer y Pryzbeck (1988) señalan una supremacía del Trastorno de Pánico. Por otra parte, Becoña (2005) menciona que el consumo de cocaína, al igual que el MDMA se asocia primordialmente con el Trastorno de Pánico. En lo que respecta a los dependientes a opiáceos son frecuentes los Trastornos de Ansiedad Fóbica, en particular la Agorafobia (Sociedad Española de Toxicomanías, 2006), sin embargo existen estudios en los que se han reportado elevadas prevalencias del Trastorno de Pánico (Ochoa, 2006).

En lo que concierne a los demás subtipos de Trastornos de Ansiedad, en esta investigación se ha encontrado que el 18% presenta un Trastorno de Ansiedad Generalizada, el 14% Fobia Social, el 13% Trastorno Obsesivo Compulsivo y el 8% Trastorno por Estrés Postraumático.

Arias et al (2013), en su estudio reportan que en la población abordada el 26.7% cumple con los criterios para TAG, el 13% con FS, el 9.9% con TOC y el 6.0% con TEP. Como es evidente, los porcentajes en relación a nuestra investigación, presentan una diferencia considerablemente baja, existiendo en ciertas patologías muchas similitudes. No obstante, Marín-Navarrete et al (2013) manifiestan que el 4.91% padecen de TAG, el 15.03% de FS, el 2.6% de TOC y el 13.01% de TEP. Es notorio que las diferencias estadísticas con nuestro estudio son incuestionablemente altas, limitando una aproximación al caso de la FS.

La información recopilada de la literatura científica permite realizar un análisis comparativo con los resultados encontrados en el presente estudio, ya que las diferencias porcentuales entre las diversas investigaciones son un punto analítico clave para llegar a un consenso y establecer una conclusión general. Por lo tanto, estas desigualdades pueden verse sustentadas en una primera instancia por los instrumentos de medición utilizados. Tanto el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) como el CIDI (Entrevista Diagnóstica internacional compuesta) corresponden a herramientas para la detección de distintos trastornos mentales, sin



embargo, utilizan diferentes variables lo cual pudiese ser uno de los factores que influyó en que exista una elevada diferencia con los resultados encontrados en este estudio.

Es oportuno mencionar que tanto la población con la que se ha trabajado, como los criterios de inclusión y exclusión podrían corresponder a otro de los factores por el cual se encontraron diferencias porcentuales. La evaluación de prevalencia de los subtipos de Trastornos de Ansiedad es bastante limitada o casi nula, puesto que las investigaciones tienden a focalizarse en buscar una comorbilidad con los trastornos mentales de manera general, sin embargo, estos no se emplean únicamente en pacientes internos en centros de adicciones sino también en la población en general que padece de un trastorno mental asociado al consumo de sustancias.

Este es el punto en donde podría encontrarse una relación entre el índice de prevalencia del Trastorno de Angustia y la Agorafobia, puesto que es lógico pensar que en la evaluación de pacientes internos existen ciertas variables que influyen en el diagnóstico de los trastornos, siendo uno de ellos el denominado “encierro”, el cual según la experiencia adquirida y los reportes bibliográficos, se ha evidenciado que corresponde a uno de los factores que contribuyen a la presencia de sintomatología ansiosa, pudiendo influir este aspecto sobre un diagnóstico. Esto en comparación de a quienes se realiza la medición de los trastornos fuera de las áreas de internamiento, quienes demostraron mejor desenvolvimiento al momento de ser evaluados.



Conclusiones

El proceso de investigación que se llevó a cabo nos permite concluir que tanto el Trastorno de Angustia como la Agorafobia corresponden a los subtipos de Trastornos de Ansiedad más prevalentes en pacientes con Trastornos por Consumo de Sustancias ocupando el 24% y 23% respectivamente.

Por ende se puede resaltar que este tipo de pacientes además de padecer la ya conocida sintomatología del Trastorno por Consumo de Sustancias caracterizada por la ingesta recurrente, problemas psicosociales, craving, tolerancia, abstinencia etc., presentan también cuadros clínicos asociados a ataques o crisis periódicas de corta duración, con presencia de miedo o malestar intenso, sensación de peligro inminente y urgencia de “escapar” (TA) , así como miedos y evitación a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales pueda resultar difícil o embarazoso escapar (Agorafobia).

Si bien es cierto que tales trastornos se muestran como los más predominantes, se considera oportuno resaltar la presencia de los demás subtipos de ansiedad (Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático), los que a pesar de estar en un menor porcentaje en este estudio, continúan siendo relevantes, puesto a que representan parte de la amplia relación patológica con personas consumidoras de sustancias, lo que sugiere un problema de salud mental de consideración debido a los pronósticos que estos pueden desarrollar sobre este tipo de pacientes.

A pesar de que los datos obtenidos fueron corroborados con los diferentes estudios presentados, esta investigación no puede dar cuenta de una relación de causalidad entre los diferentes Trastornos de Ansiedad y el TCS, por lo que consideramos que la influencia y asociación entre estos trastornos mentales pueden deberse a factores biopsicosociales, sin embargo corresponden netamente a hipótesis de interés para futuros estudios.

En lo que respecta a las limitaciones que presenta el estudio se puede destacar el bajo porcentaje de población femenina debido a que representa únicamente el 3%, por lo que los datos obtenidos no son aptos para extrapolarse hacia futuras investigaciones. Por tal motivo se recomienda implementar este tipo de población en próximos estudios con el propósito de expandir el campo de estudio.

De igual manera, cabe señalar que esta investigación se abarcó únicamente en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho - Centro de Reposo y Adicciones (CRA), por lo que los hallazgos presentados son únicamente del centro mencionado. Por ende se recomienda



desarrollar este tipo de investigaciones en los diversos centros de internamiento de la ciudad con la finalidad de comparar, complementar y sustentar los resultados encontrados, brindando mayor validez a los mismos.

Finalmente, es necesario mencionar que las variables sociodemográficas expuestas corresponden únicamente a variables de caracterización, por lo que recomendamos para futuros estudios establecer una relación entre éstas y los subtipos de Trastornos de Ansiedad, así como la influencia de cada sustancia psicotrópica consumida para lograr expandir el conocimiento de este tipo de comorbilidad patológica.



Referencias Bibliográficas

Acuña, V. R., Hernández, C. M. R., Guzmán, M. R. A., Hernández, L. C., Contreras, E. Z., & Jorge, R. G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia*, 24(67), 71-77. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67446178010>

Amies, P.L., Gelder, M.G. y Shaw, P.M. (1983). Social phobia: A comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/142/2/174>

Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F., & Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/59/58>

Bados, A. (2005). Trastorno de pánico y agorafobia. En J.M. Farré y M.A. Fullana (Coords.), *Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual* (pp. 35-46). Barcelona: Ars Médica. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/358/1/115.pdf>

Becoña, E. (2005). Adicción a nuevas sustancias psicoactivas. *Psicología Conductual*, 13, 349-369. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/es/ibc-70459>

Botella, C., Baños, R. M., & Perpiña, C. (2003). Fobia Social: Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento. *España: Editorial Paidós*.

Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., & González, H. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), 145. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/fe34172a862d905ebf4e7ba0e0666998/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>



Casares-López, M., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M., Secades, R., Martínez-Cordero, A., & Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/165>

Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of studies on alcohol*, 49(3), 219-224. Recuperado de: <http://www.jsad.com/doi/abs/10.15288/jsa.1988.49.219>

Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(1), 155-168. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45849157/Trastorno_de_ansiedad_provocado_por_sust20160522-3050-1h3musz.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494265874&Signature=a%2B5O8UmNY9zZvUTri4P7n246no4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTrastorno_de_ansiedad_provocado_por_sust.pdf

Jiménez-López, L. M., & Cárdenas, S. J. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 6(1), 37-50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282231041003>

Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de* (Vol. 10). Recuperado de: http://sid.usal.es/idos/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metnales_adicciones.pdf

Marín-Navarrete, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa-Hernández, A., Nanni-Alvarado, R., Ayala-Ledesma, M., ... & Medina-Mora, M. E. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud mental*, 36(6), 471-479. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229682004>



Mullaney, J. A., & Trippett, C. J. (1979). Alcohol dependence and phobias: clinical description and relevance. *The British Journal of Psychiatry*, 135(6), 565-573. Recuperado de: <http://bjp.rcpsych.org/content/135/6/565.short>

Mustaca, A. E; Kamenetzky, G. V. (2006). Alcoholismo y ansiedad: modelos animales. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 6(3), 343-364. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen6/num3/148/alcoholismo-y-ansiedad-modelos-animales-ES.pdf>

Ochoa, E. (2006). Trastornos por ansiedad. En *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Médica Panamericana.

Ordóñez Mancheno, J. M (2017). Prevalencia de patología dual y factores de riesgo en pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Cuenca, abril – diciembre 2016. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27221>

Sociedad Española de Toxicomanías. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Ed. Médica Panamericana.

Souza y Machorro, M. (2008). Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 9(3), 215-226. Recuperado de: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm096-05.pdf>

Thomas, S. E., Randall, P. K., Book, S. W., & Randall, C. L. (2008). A Complex Relationship Between Co-occurring Social Anxiety and Alcohol Use Disorders: What Effect Does Treating Social Anxiety Have on Drinking?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32(1), 77-84. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18028529>

Valderrama, Z y Manzanaro, D. V. (2008). Alcohol y Ansiedad. Saludalia Interactiva. Recuperado de: <https://www.saludalia.com/alcohol-y-drogas/alcohol-y-ansiedad>

Anexos

Entrevista diagnóstica estructurada MINI (Sección Trastornos de Ansiedad)

E. Trastorno de angustia

(= SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

| | | | | | |
|----|---|--|---|----|----|
| E1 | a | ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así? | NO | SÍ | 1 |
| | b | ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos? | NO | SÍ | 2 |
| E2 | | ¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación? | NO | SÍ | 3 |
| E3 | | ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis? | NO | SÍ | 4 |
| E4 | | Durante la peor crisis que usted puede recordar: | | | |
| | a | ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido? | NO | SÍ | 5 |
| | b | ¿Sudaba o tenía las manos húmedas? | NO | SÍ | 6 |
| | c | ¿Tenía temblores o sacudidas musculares? | NO | SÍ | 7 |
| | d | ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar? | NO | SÍ | 8 |
| | e | ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta? | NO | SÍ | 9 |
| | f | ¿Notaba dolor o molestia en el pecho? | NO | SÍ | 10 |
| | g | ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas? | NO | SÍ | 11 |
| | h | ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse? | NO | SÍ | 12 |
| | i | ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo? | NO | SÍ | 13 |
| | j | ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? | NO | SÍ | 14 |
| | k | ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo? | NO | SÍ | 15 |
| | l | ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos? | NO | SÍ | 16 |
| | m | ¿Tenía sofocaciones o escalofríos? | NO | SÍ | 17 |
| E5 | | ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4? | NO | SÍ | |
| | | | Trastorno de angustia de por vida | | |
| E6 | | SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? | NO | SÍ | |
| | | SI E6 = SÍ, PASAR A F1. | Crisis actual con síntomas limitados | | |
| E7 | | ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra? | NO | SÍ | 18 |
| | | | Trastorno de angustia actual | | |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

| | | | | |
|----|--|----|----|----|
| F1 | ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? | NO | SÍ | 19 |
|----|--|----|----|----|

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

| | | | | |
|----|--|----|----|----|
| F2 | ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? | NO | SÍ | 20 |
|----|--|----|----|----|

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|----|---|--|-----------------------------|---|
| G1 | ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales. | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 1 |
| G2 | ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 2 |
| G3 | ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas? | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 3 |
| G4 | ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 4 |

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|---|----|----|---|--------------------------------------|--|--|
| H1 | ¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas) | NO ⇒ H4 | SÍ | 1 | | | | | | |
| (NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS) | | | | | | | | | | |
| H2 | ¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos? | NO ⇒ H4 | SÍ | 2 | | | | | | |
| H3 | ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? | NO | SÍ obsesiones | 3 | | | | | | |
| H4 | ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos? | NO | SÍ compulsiones | 4 | | | | | | |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4? | NO ⇒ | SÍ | | | | | | | |
| H5 | ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos? | NO ⇒ | SÍ | 5 | | | | | | |
| H6 | ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria? | <table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table> | | | NO | SÍ | 6 | TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL | | |
| NO | SÍ | 6 | | | | | | | | |
| TRASTORNO OBSESIVO/COMPULSIVO ACTUAL | | | | | | | | | | |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | |
|----|--|----|----|----|
| I1 | ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL | NO | SÍ | 1 |
| I2 | ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? | NO | SÍ | 2 |
| I3 | En el último mes: | | | |
| a | ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? | NO | SÍ | 3 |
| b | ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? | NO | SÍ | 4 |
| c | ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? | NO | SÍ | 5 |
| d | ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? | NO | SÍ | 6 |
| e | ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? | NO | SÍ | 7 |
| f | ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? | NO | SÍ | 8 |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3? | NO | SÍ | |
| I4 | Durante el último mes: | | | |
| a | ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | NO | SÍ | 9 |
| b | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | NO | SÍ | 10 |
| c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | NO | SÍ | 11 |
| d | ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? | NO | SÍ | 12 |
| e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | NO | SÍ | 13 |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3? | NO | SÍ | |
| I5 | ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad? | NO | SÍ | 14 |

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

| | | | | | |
|----|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| O1 | a | ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 1 |
| | b | ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 2 |
| | | CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS. | <input type="radio"/> NO | <input checked="" type="radio"/> SÍ | 3 |

| | | | | | |
|----|--|--|-------------------------------------|--------------------------|---|
| O2 | | ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? | <input checked="" type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 4 |
|----|--|--|-------------------------------------|--------------------------|---|

O3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

| | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|----|
| a | ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 5 |
| b | ¿Se sentía tenso? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 6 |
| c | ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 7 |
| d | ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 8 |
| e | ¿Se sentía irritable? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 9 |
| f | ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? | <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ | 10 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

| | |
|---|--------------------------|
| <input type="radio"/> NO | <input type="radio"/> SÍ |
| TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL | |

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



Formulario de Consentimiento Informado

Investigación:

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL Y FACTORES ASOCIADOS EN TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA, 2016

Universidad de Cuenca

Nombre del investigador principal: José Marcelo Ordóñez Mancheno

Datos de localización del investigador principal: Tlf: 4117201, 2820044.

Celular: 0999019472. Correo electrónico:

josehipnosis@yahoo.es Co-investigadores:

.....

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre frecuencia de trastornos psiquiátricos y sus factores de riesgo que pueden presentarse en personas con problemas por el consumo de alcohol y drogas en los centros de tratamiento para adicciones en la ciudad de Cuenca; porque se encuentra internado y/o acudiendo a controles o consultas en un centro de tratamiento para adicciones, ha cursado 4 semanas que no consume ninguna sustancia y se encuentra en proceso de recuperación por un problema debido al consumo de alcohol y drogas.

Propósito del estudio

Se trata de un estudio que pretende aplicar un cuestionario anónimo, que tiene como objetivo determinar la presencia de problemas de salud

mental que pueden estar asociados al consumo de alcohol y/o drogas y los factores de riesgo que podrían acompañarlo.

Descripción de los procedimientos

Este proyecto, en primer lugar tuvo que ser autorizado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; también ha sido socializado con el Centro de Tratamiento y hemos recibido la autorización para poder aplicar la encuesta; requerimos obtener su autorización voluntaria para poder aplicar una entrevista anónima denominada MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) , además del Cuestionario de Problemas psicosociales y ambientales; el primero sirve para explorar los posibles diagnósticos de enfermedades mentales que podrían acompañar a su problema de consumo de alcohol y/o drogas; mientras que el segundo evalúa los factores psicosociales y ambientales; esta entrevista podrá ser aplicada en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.

Riesgos y beneficios: no existen riesgos ni físicos, psicológicos y/o emocionales por la aplicación de la entrevista; sin embargo, los encuestadores están capacitados para realizarla. La entrevista, tiene por objeto solamente obtener información, motivo por lo que el informante no recibirá ningún tipo de beneficio, el estudio socialmente puede ser útil para proponer nuevas políticas de salud y estructuras de tratamiento que sirvan para beneficiar y abordar de mejor manera la presencia de la enfermedad mental combinada con el consumo de alcohol y drogas.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante



| | |
|--|-------|
| <p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse de la entrevista cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p> <p>Información de contacto</p> <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999019472 que pertenece a José Marcelo Ordóñez o envíe un correo electrónico a josehipnosis@yahoo.es</p> | |
| <p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Escuela de Postgrado, Maestría en Investigación de Salud.</p> | |
| <p>Consentimiento informado</p> | |
| <p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p> | |
| Firma del participante | Fecha |
| Firma del testigo <i>(si aplica)</i> | Fecha |
| Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado | |
| Firma del investigador | Fecha |